Aus der Königlichen Psychiatrischen und Nervenklinik
der Universität Kiel.

Über psychische Störungen nach Abort.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde der hohen medizinischen Fakultät der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Czeslaus Szlapka
approb. Arzt aus Posen.

Kiel 1917.
Buchdruckerei von Schmidt & Klaunig.

Aus der Königlichen Psychiatrischen und Nervenklinik
der Universität zu Kiel.

Über psychische Störungen nach Abort.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde
der hohen medizinischen Fakultät der Königlichen
Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Czeslaus Szlapka
approb. Arzt aus Posen.

Kiel 1917.
Buchdruckerei von Schmidt & Klaunig.

No. 45
Rektoratsjahr 1917/18
Referent: Geheimrat Prof. Dr. Siemerling.
Zum Druck genehmigt:
v. Spee
z. Z. Dekan.

Meinen unvergeßlichen Eltern
in Dankbarkeit gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/uberpsychischest0000czes

In der Psychiatrie bilden die Generationspsychosen ein wichtiges Kapitel und haben deshalb mehrfach eine eingehende Bearbeitung erfahren. Wie ihr Name besagt, werden die Ursachen in der Generationstätigkeit des Weibes angenommen, denn Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Säugungsperiode sind Vorgänge von einer solch einschneidenen Wirksamkeit auf den Gesamtorganismus des Weibes, daß sie unmöglich ohne Einfluß, besonders auf die betreffende Psyche bleiben sollten Deshalb sind auch psychische Alterationen zu der Zeit der Gravidität, des Puerperiums und der Laktation keine Seltenheiten.

Es handelt sich jeweils dem Wesen nach um solche Störungen, wie sie auch unabhängig von dem Generationsgeschäft beim Weibe vorkommen. Es wurde viel nach einer spezifischen Ätiologie geforscht, doch ohne Erfolg, und wir wissen jetzt, daß es sich um Geisteskrankheiten sui generis handelt. Es sind zur Erklärung ihres Entstehens die verschiedensten Hypothesen aufgestellt worden, indem die einen die Generationstätigkeit selbst als einen günstigen Boden für nervöse und psychische Störungen auffassen und die durch die Generationstätigkeit gesetzte Änderung von unmittelbarer Bedeutung für die Entstehung von Psychosen ansehen, die anderen wiederum der durch diese Vorgänge hervorgerufenen Schwächung des Nervensystems den Hauptanteil an dem Zustandekommen der Geistesstörungen zuschreiben.

Ganz allgemein spricht man heutzutage von Schwangerschaftstoxikosen und will in ihnen Krankheitsbilder sehen, die nur quantitative Steigerungen physiologischer Veränderungen der Schwangerschaft sind, hervorgerufen durch ein in und durch die Schwangerschaft erzeugtes Gift. Durch solche

Autointoxikation sollten all die verschiedenen nervösen Störungen, die Nerven- und Geisteskrankheiten in der Schwangerschafts- und Wochenbettsperiode entstehen.

Fellner und Schickele lehren eine innere Sekretion des Uterus, der in der Gravidität stark anwächst. Im Wochenbett wiederum bildet sich der stark vergrößerte Uterus innerhalb kurzer Zeit zurück, wobei ein großer Teil des Gewebes durch fettige Degeneration zugrunde geht. Diese vom Uterus abgeschiedenen toxischen Produkte gelangen in die Blutbahn und sollen durch ihre Wirkung auf das Gehirn den Ausbruch der Psychosen herbeiführen. Die Laktationspsychosen lassen sich nach Münzer aus der Annahme einer übermäßigen somatischen Erschöpfung erklären.

Eine befriedigende Aufklärung vermag jedoch diese Theorie nicht zu geben, und so sind wir darauf angewiesen, verschiedene endo- und exogene ätiologische Momente für das Zustandekommen der Generationspsychosen heranzuziehen.

Unter den Generationspsychosen haben wir bis jetzt nur diejenigen der Graviditäts-, Puerperium- und Laktationszeit gemeint: Zeiten, die durch den normalen, natürlichen Verlauf des Geschlechtslebens des Weibes zustande kommen. Auf der anderen Seite jedoch steht der sozusagen, anormale, unnatürliche Verlauf desselben, der durch den Abort, den akzidentellen, artefiziellen oder kriminellen charakterisiert bezw. eingeteilt wird.

In der Literatur sind Fälle von psychischen Störungen nach Abort nicht beschrieben. Wenn man aber die Vorgänge und das Endresultat der Fehlgeburt: den Abgang der Frucht ins Auge faßt, so darf man wohl die Zeit nach der Fehlgeburt mit der des Puerperiums identifizieren, so daß man für Puerperalpsychosen ohne große Skrupel Psychosen nach Abort setzen darf.

Von den Anfällen im allgemeinen kommen nach Siemerling die meisten auf das Wochenbett, nämlich 86 %, während auf die Laktation bezw. Gravidität 10 % bezw. 3 % fallen. Da diesen Psychosen die Spezifität fehlt, so ist es zunächst möglich, daß es sich nur um ein zufälliges Zusammentreffen

von Psychosen und Gravidität bezw. Puerperium handelt. Diese Zeit scheint auch entschieden eine Prädilektionszeit zu sein für den Ausbruch von Psychosen, eine Zeit, in der der Körper durch Umwandlung im Stoffwechsel, in der Änderung des Blutes und der Drüsentätigkeit geschwächt ist Die mit der Leber in ihrem Stoffwechsel eng verbundene Plazenta und deren Bestandteile wirken reizend auf den mütterlichen Organismus durch die Verschleppung von Chorionzotten ins Blut und Funktionsveränderung der Leber. Es ist also wohl begreiflich, daß die Wirkungen einer solchen plazentaren Autointoxikation auf das Zentralnervensystem nicht ohne Einfluß bleiben können. Außerdem vermag eine so disponierte Psyche wenig Widerstand den Schädigungen entgegenzusetzen und speziell, wenn sie noch durch ein Schuldbewußtsein von unerlaubten Manipulationen, wie sie beim kriminellen Abort vorkommen und auch in zwei später aufzuführenden Fällen aufgetreten sind, bedrückt wird, wobei sie auch noch an die für sie damit event. verbundene Lebensgefahr denkt. Ganz besonders begreiflich ist dies bei solchen Personen, deren Nervensystem die Merkmale der reizbaren Schwäche, neuropathischen Disposition zeigen, wie sie Fall I und III erweisen.

Daß die Erregbarkeit des Nervensystems beeinflußt wird, sieht man schon daraus, daß z. B. während der Schwangerschaft eine Steigerung des Kniephänomens gefunden wird, das sich immer steigert, je weiter die Schwangerschaft fortschreitet. Nach der allgemeinen Statistik stehen jedoch die psychischen Momente, (Sorgen, Aufregungen, Furcht vor Schande usw.) in der Kausalität mit 4,3 % sehr zurück; auch der familiäre Stand und die Lebensstellung des Weibes fallen nicht besonders ins Gewicht; die unehelich geschwängerten überwiegen keinesfalls: gibt es doch 74,7 % Verheiratete 23,8 % Ledige unter den Kranken.

Also gerade in der Puerperalzeit bezw. nach dem Abort genügen nicht die endogenen Schädlichkeiten, um das häufige Auftreten der Psychosen, nämlich zu 86 %, in diesem Abschnitt zu erklären. Es müssen also fast unbedingt auch

exogene Schädlichkeitsmomente mitspielen, wozu aber auch gerade in dieser Periode einerseits der Infektionsmöglichkeit Haus und Tor geöffnet sind, was man andererseits aus folgender Statistik der verschiedenen Forscher klar ersehen kann.

Name	Puerperalinfektion %	Somatische z. T. fieberhafte Erkrankungen %	Schwere Geburt %	Blutungen %	Allgemeine Schwäche, schlechte Ernährung %	Gemütsbewegung %	Gesamtzahl der Fälle %
Shdanow	70	—	—	—	—	27	53
Hoche	29,38	—	—	—	—	—	211
Idanoff	66	—	—	—	—	54	53
E. Meyer	15,15	27,27	—	—	—	36,3	8
Siemerling	24	8	7,2	—	16	4,3	332
Jaffe	12,5	25	—	—	—	12,5	24
Münzer	4,95	11,88	11,88	—	—	23,7	101
Reinhardt	13,95	—	9,3	9,3	5,34	17	129
Kiel	21,81	7,27	10,0	14,55	—	9,09	110

Im Wochenbett wirken die durch den Geburtsakt gesetzten Schädigungen noch fort. Der Körper ist durch die starke Erschöpfung, durch den Blutverlust und durch die seelische Erschütterung geschwächt, entkräftet. Die offenen Wundflächen bilden für die Infektion einen günstigen Boden, Thrombenbildung und Embolien sind zu befürchten. Und so ist gerade hier die Infektion mit ihren auf der Blutbahn weiterwandernden Intoxikationsstoffen als ursächliches Moment der Psychosen nachzuweisen. Der günstigste Moment für den Beginn der Erkrankung liegt in der ersten Woche, was sich, wie es aus unseren Krankheitsfällen erhellt, bewahrheitet; über die Hälfte der Puerperalpsychosen entwickeln sich in dieser gefährlichen Zeit. Das Alter bis zu 30 Jahren, wie es fast mit unseren 3 Fällen übereinstimmt, wird bei weitem am meisten getroffen. Die Heredität spielt eine sehr verschiedene Rolle. So fand:

Hoche 58, 63 % Münzer 12 %
Hohn 50 % Reichardt 31, 25 %

Die Mehrzahl unserer Erkrankungen ist der Gruppe der Amentia zuzurechnen, daneben ist auch Delirium vertreten. Erinnern wir uns daran, daß es sich bei diesen Erkrankungen um richtige Intoxikationsvorgänge im Zentrum handelt, so ist unsere Annahme, daß bei dem Ausbruch von Psychosen nach Abort die Infektion ein wichtiges kausales Moment darstellt, voll und ganz berechtigt.

Im folgenden möchte ich nun eine kurze Übersicht über die 4 Fälle von psychischen Störungen nach Abort geben, die hier in Behandlung waren und deren Krankengeschichten Herr Geh. Rat Prof. Dr. Siemerling mir in liebenswürdiger Weise zur Bearbeitung überlassen hat.

Fall I.

Frau Martha A., 33 Jahre alt.

Anamnese am 30. 4. 1916 von einer Bekannten angegeben:

Pat. sei nachts unruhig, glaube es würde eingebrochen, höre Stimmen und Geräusche; sei immer leicht erregt.

Gestern abend war sie sehr verwirrt, wollte aus der Wohnung fliehen, kannte nicht mehr ihr Zimmer. Gewalttätig sei sie nicht gewesen, sei aber nur mit Mühe im Bett zu halten gewesen; sie wollte keine Arzeneien nehmen, denn sie glaubte, man wolle sie vergiften.

Im Juli vorigen Jahres und letzte Weihnachten wären ähnliche Zustände gewesen; sie war damals 3 Wochen im Parksanatorium. Pat. ist verheiratet, hat 3 Kinder im Alter von 6—10 Jahren, ca. 3 mal Umschlag gehabt. Sie lebt in glücklicher Ehe; der Mann ist ordentlich und strebsam. Mutter lebt noch; trinkt. Pat. soll erzählt haben, sie sei als junges Mädchen vergewaltigt worden und sei seitdem so nervös und erregbar.

Am 1. 5. gibt der Bruder der Pat. noch folgende Angaben zur Anamnese hinzu: Sie sei die Älteste von 7 Geschwistern gewesen, von denen 4 gestorben seien; Ursache unbekannt. Sie sei früher nicht krank gewesen, habe in der Schule gut gelernt. Ihr Vater sei an Typhus gestorben, habe zuletzt viel getrunken. Die Mutter lebe und trinke ebenfalls

viel. Ein Muttersbruder (F.) sei hier vor 3 Jahren verstorben Nachforschungen ergeben, daß er an Paralyse gestorben sei. Eine entfernte Verwandte von Mutters Seite sei in Kropp gestorben; sonst seien keine Geisteskrankheiten, Suizid oder Potus vorgekommen.

Pat. habe am 28. 3. einen Abort gehabt im 3. Monat; die Chloroformnarkose wurde vom Arzt ausgeführt. Sie verlor dabei viel Blut und war sehr geschwächt. Nachdem sie einige Stunden auf gewesen war, bekam sie Ärger mit ihrer Mutter und geriet in große Erregung.

Am 1. 5. gibt die Pat., die viel ruhiger geworden, während sie am 30. 4. ziemlich erregt war, geordnet folgende Angaben:

Sie hat nicht viel geschlafen, da es so laut gewesen ist; sie weiß auch nicht, wer sie hierher gebracht hat. Persönlich, örtlich und zeitlich ist sie orientiert. Sie war bei Dr. B. seit März in Behandlung, als sie einen Abort gehabt hatte. Sie kann sich aller Tatsachen genau erinnern, nur vom gestrigen Tage weiß sie nichts. Am heiligen Abend hatte sie auch schon einen ähnlichen Zustand gehabt, wo sie damals bei Dr. Sch. im Parksanatorium war. Ebenso war es auch im Juli vorigen Jahres, als sie sich sehr aufgeregt hatte. Die Veranlassung war damals gewesen, daß sie für ihr Geschäft 500 l Milch weniger bekam als sonst. Sonst war sie eigentlich niemals krank gewesen. Sie ist verheiratet, 3 Kinder leben, 2 oder 3 mal hatte sie Umschlag gehabt. Ihr Mann ist jetzt in Rußland. Es geht ihm gut, und sie macht sich auch keine Sorge um ihn. Sie ist in Kiel in eine Mittel- und später in eine Volksschule gegangen. Sie hat gut lernen können und ist in der 1. Klasse 1 Jahr gewesen. Nach der Konfirmation ist sie in Ottendorf in Stellung gewesen. Krämpfe, Ohnmachtsanfälle u. dergl. hatte sie nie gehabt. Manchmal war sie traurig verstimmt, manchmal ohne jede Veranlassung. Sie hat noch ihre Mutter eine Zeitlang bei sich gehabt, aber sie kann sich mit ihr nicht mehr vertragen, weil sie so viel rede, außerdem trinke sie. Der Vater hatte auch getrunken. Er ist an Typhus gestorben. Ein Bruder der Mutter, ein Kaufmann F., ist hier

in der Anstalt gestorben, sonst weiß sie nichts von hereditärer Belastung.

Status:

Mittelkräftiger Knochenbau, blasse Gesichtsfarbe.
Schädel 56 : 18 $^1/_2$: 15 cm, nicht empfindlich.
Pupillen mittelweit, gleich, rund.
Reflex auf Licht und Konvergenz vorhanden.
Augenbewegungen frei.
Gesicht symmetrisch.
Zunge gerade, o. B.
Gaumbögen gleichmäßig.
Rachenreflex vorhanden.
Mechanische Muskelerregbarkeit vorhanden.
Vasomotorisches Nachröten vorhanden.
Reflex der oberen Extremitäten vorhanden.
Kniephänomene vorhanden.
Achillessehnenreflex vorhanden.
Zehen dorsal.
Sensibilität o. B.
Puls 120, leidlich gefüllt, unregelmäßig.
Herztöne rein.
Lungen o. B.
Abdomen weich, nicht druckempfindlich.

Die Menses hatte sie nach dem Umschlag am 28. 3. noch nicht wieder gehabt.

Bei Fußaugenschluß leichtes Schwanken und Lidflattern.
Tremor digitorum.

3. 5. Pat. steht etwas auf; verhält sich sehr still; hat gut geschlafen.

5. 5. Pat. liegt ruhig im Bett; beschäftigt sich etwas mit Lesen.

6. 5. Pat. hatte Besuch; unterhält sich gut, liegt still im Bett; spielt wenig.

8. 5. Pat. steht vor der Visite auf; unterhält sich gut; geht in den Garten. Hat ziemlich gut geschlafen.

Wird als geheilt entlassen.

Fall II.

Frau Anna L., 23 Jahre alt.

Anamnese am 2. 7. 1916 abgegeben vom Mann:

Pat. ging vor 8 Tagen zum Arzt, weil die Regel 2 mal ausgeblieben war. Sie erfuhr, daß sie schwanger sei. Sie wollte abtreiben, da sie vor 4 Monaten geboren hatte und sich noch schwach fühlte. Deshalb spritzte sie sich mit einer Mutterspritze Glyzerin heute nachmittag 6 Uhr ein, nachdem sie mit Ref. 2 Stunden spazieren gegangen war. Sogleich nach der Einspritzung sagte sie: „Mir wird so blau vor dem Gesicht". Sie fing an laut zu schreien, wand sich im Bett, wimmerte, näßte ein, sah einmal blau im Gesicht aus, dann aber wieder normal. Sie hat etwa 1 Stunde geschrien und gewimmert. Dann wurde sie stiller, solange man sie völlig unberührt ließ. Sobald sie jedoch der Arzt untersuchen wollte, begann sie wieder heftig zu schreien. Sie wurde zur Frauenklinik gefahren, doch da dort keine Verletzung oder Infektion festgestellt werden konnte, wurde sie der psychiatrischen und Nervenklinik überwiesen.

Als junges Mädchen und seltener als Ehefrau bekam sie nach Aufregungen Anfälle: sie atmete schnell, krampfte die Hände zusammen, wurde blaß; keine Zuckungen, kein Zungenbiß, kein Einnässen. Mitunter fiel sie dabei um, hat sich aber nie verletzt. Als junges Mädchen war sie blutarm Seit einem Jahr ist sie verheiratet, hat 1 gesundes Kind. Bis zum 18. Lebensjahr völlig gesund gewesen; die Anfälle und die Blutarmut bestehen erst seitdem. Als Kind normal entwickelt; mittelmäßige Fortschritte in der Schule.

Heredität o. B.

Status:

Pat. ist grazil gebaut; Größe 1,47 m; Gewicht 46,3 kg; Temperatur 36,5.

Ernährungszustand gut; Gesichtsfarbe ziemlich blaß.

Schädel 54 : 17 : 14 cm, nicht klopfempfindlich.

Pupillen unter mittelweit, gleich, rund.

Reflex auf Licht und Konvergenz vorhanden.

Augenbewegungen frei, kein Nystagmus.
Gesicht symmetrisch innerviert.
Zunge gerade, belegt, sonst o. B.
Gaumbögen etwas gerötet und gleichmäßig gehoben.
Rachenreflex vorhanden, schwach.
Mechanische Muskelerregbarkeit schwach.
Vasomotorisches Nachröten lebhaft.
Reflexe der oberen Extremitäten vorhanden.
Kniephänomene vorhanden, lebhaft.
Achillessehnenreflex lebhaft.
Zehen plantar.
Sensibilität o. B.
Schmerzempfindung lebhaft.
Herz 1. Ton an der Spitze unrein.
Puls 96, regelmäßig, nicht gespannt.
Lungen o. B., Atemgeräusch rein.
Blutiger Ausfluß.

Nach der Einlieferung beruhigte sich die Pat. bald, während sie vorher auf einer Trage angebunden hierher geschafft werden mußte; ruft ihren Mann mit Vornamen.

3. 7. Pat. erklärt, sie hätte leidlich geschlafen.

Orientierung:

Örtlich: Kiel, städtische Krankenanstalt.
Zeitlich: Juli 1916.
(Tag und Datum?) —
Persönlich: Name +.
(Wann sind Sie geboren?) 19. 11. 1912. (Richtig 1893.)
(Wie alt sind Sie?) Ich glaube 23; genau weiß ich nicht.
(Wer hat Sie gebracht?) Ich weiß nicht.
(Wie lange sind Sie hier?) Ich glaube 1 Woche.
(Wer hat Sie in der Woche behandelt?) Das weiß ich gar nicht.
(Warum wollten Sie abtreiben?) Abtreiben? Was denn?
(Das Kind!) Was? — Das Kind? Ich weiß von nichts.
(Sind Sie schwanger?) Ich weiß nicht.
(Sie sind doch deshalb zum Arzt gegangen?) (Schweigt.)
(Haben Sie manchmal Krämpfe?) Nein Schwindelanfälle.

Pat. gibt dann weiter auf Befragen an, sie habe ein Kind, das ein halbes Jahr alt sei. Nach langem Besinnen sagt sie dann, das Kind sei im November geboren; das letzte Unwohlsein habe sie im Mai gehabt.

Die Schwindelanfälle kämen immer ganz von selbst. Sie fühle erst Herzklopfen, werde dann schwindlig und setze sich gleich hin; gefallen sei sie niemals. Sie glaube auch, manchmal werde sie bewußtlos, aber nicht immer. Diese Anfälle habe sie während der Schulzeit nicht gehabt, sondern sie wären erst später gekommen.

Sie habe eine 7klassige Volksschule besucht und alle Klassen absolviert. Rechnen konnte sie nicht gut, sonst habe sie leidlich gelernt. Nach der Schulzeit sei sie ein halbes Jahr zu Hause geblieben und, nachdem ihre Mutter an Lungentuberkulose gestorben war, als Dienstmädchen in Stellung gegangen; in 7 Jahren habe sie 3 Stellen gehabt. Vor einem Jahre habe sie sich verheiratet; ihr Mann sei Friseur.

(Wohin fließt die Elbe?) In die Nordsee.

(Bei welcher Stadt?) Hamburg.

(Noch nicht!) Bei Bremen.

(An welchem Fluß liegt Bremen?) An der Ems.

Pat. fängt bei der Untersuchung an zu brechen.

5. 7. Pat. verhält sich ruhig, klagt zeitweise über Kopf- und Leibschmerzen. Blutabgang besteht immer noch.

Temperatur abends 37,1; Puls 88. Kein Erbrechen, keine Übelkeit.

Hatte Besuch gehabt von ihrem Mann; sie war vergnügt, hatte sich unterhalten.

6. 7. Pat. klagt heute über stärkere Leibschmerzen, Blutabgang besteht fort.

Temperatur 37,1. Puls 96.

Nachmittags Abgang des Eies in toto, ohne daß Pat. etwas gemerkt haben will. Sie wird deshalb — als geheilt vom Anfall — in die Frauenklinik verlegt.

Fall III.

Fräulein Therese N., 21 Jahre alt.

Anamnese angegeben durch Mutter und Stiefvater am 7. 9. 1913:

Pat. sei vor 3 Tagen in die Frauenklinik eingeliefert worden; sie habe sich nämlich die Frucht mit Chromessenz abtreiben wollen, wovon sie eine ganze Flasche getrunken habe. Danach habe sie Anfälle bekommen, sich zurückgeworfen, laut geschrien, die Augen verdreht, sich im Bett hin- und hergeworfen. Die Anfälle hätten ca. 1 Stunde gedauert; nicht eingenäßt; keine Zungenbisse, Schaum vor dem Mund. Sie wurde darauf vom Arzt in die Klinik gebracht, wo die Schwester der Ref. gesagt hat, die Frucht sei jetzt weg.

Pat. sei als Kind immer gesund gewesen; habe nur die Masern gehabt, keine Krämpfe. Habe früh laufen gelernt. Mit 6 Jahren ging sie auf die Schule; habe nicht gut gelernt und sei aus der 4. Klasse konfirmiert worden. Sie ging darauf in Stellung; ist auch in dieser Zeit nie ernstlich krank gewesen; ist nur einmal vom Heuboden gefallen und klagt seitdem über Brustschmerzen. In Stellung ist sie seit 6 Jahren; anfangs hat sie nach 2 Jahren, später öfters die Dienststelle gewechselt. Pat. war immer leicht aufgeregt; die Stimmung war sehr wechselnd, sie weinte sehr leicht, besonders in letzter Zeit. „Das ganze Geschwader sei ihr Bräutigam.“ Bisher hatte sie keinen Umschlag gehabt. Sie soll jetzt verlobt sein, doch ob das auf Wahrheit beruht, weiß Ref. nicht. Pat. war sehr unwahr, sehr vergeßlich, in letzter Zeit habe sich das verschlimmert; auch sei das Gedächtnis nicht gut. Sie lebe viel für sich, habe nicht viel Freundinnen. Pat. sei sehr arbeitssam, liebe sehr Vergnügungen, gehe viel auf den Tanz und in Kinematographen; lesen tue sie nicht viel. Der Schlaf sei gut, ebenso der Appetit und Stuhl. Menstruiert sei sie seit dem 18. Lebensjahre, nie regelmäßig, alle 2—3 Wochen. Zum letzten Male im April; jetzt habe sie viel Ausfluß. In der Familie seien 7 Kinder,

alle gesund. Die Mutter habe keinen Umschlag gehabt. Der erste Mann nicht geschlechtskrank, dagegen der zweite, von dem die Mutter der Pat. angesteckt worden ist.

Heredität o. B.

Status:

7. 9. Die Pat. wird mit einem Wagen von der Frauenklinik hierher gebracht. Sie ist leicht unruhig, spricht vor sich hin, ist etwas desorientiert.

Temperatur 38,3.

Mittelgroß, ganz kräftig, gut ausgebildete Muskulatur.

Der Ernährungszustand ist leidlich, die Gesichtsfarbe etwas blaß. Schleimhäute sind gut durchblutet.

Schädel angeblich druck- und klopfempfindlich.

Pupillen über mittelweit, rund.

Reflex auf Licht vorhanden, prompt.

Reflex auf Konvergenz nicht zu prüfen.

Augenbewegungen frei.

Gesicht symmetrisch innerviert.

Zunge gerade, zittert nicht, ist ziemlich belegt.

Gaumen gehoben.

Rachenreflex vorhanden.

Keine Struma, keine artikulatorische Sprachstörung.

Reflexe der oberen Extremitäten vorhanden.

Mobilität der Arme rechts prompt, links auf wiederholte Aufforderung hin wird er nur wenig gehoben; bei passiver Bewegung fällt er schlaff herunter; die passive Bewegung ist frei. Wird er in eine nach rückwärts gerichtete Position gebracht, wird er in dieser einige Zeit gehalten und sinkt dann langsam herunter.

Auch die Finger der linken Hand werden aktiv nicht bewegt.

Patellarreflex beiderseits vorhanden.

Achilles wegen aktiven Spasmus zurzeit nicht auszulösen.

Hyperästhesie der Planta; Zehen plantar.

Oppenheim —

Beine werden aktiv nicht gehoben; passiv gehoben, fallen sie schlapp herunter; passive Bewegungen sind frei; das linke Bein wird im Knie gekrümmt, das rechte nicht. Keine Widerstandsbewegung. Auf Pinselberührung keine Reaktion; auf Nadelstiche reagiert Pat. mit Jammern und Wegziehen des betreffenden Körperteils. An den unteren Extremitäten und dem linken Arm deutliche Hyperalgesie.

Puls 90, regelmäßig, gleichmäßig.

Brust hochgebunden.

Cor zurzeit nicht zu prüfen.

Abdomen nicht gespannt, eindrückbar. In den seitlichen Partien etwas druckempfindlich.

Übelriechender Fluor.

Blasendämpfung knapp über der Symphyse.

Urin: Albumen +, Sacharum —.

Auf Befragen gibt sie ihre Personalien an und daß sie in T.-dorf in Stellung gewesen ist (stimmt nicht). Dabei wirft sich Pat. oft unruhig hin und her, agiert besonders mit dem rechten Arm; einfache Aufforderungen werden befolgt, komplizierte dagegen nicht.

Sie sagt spontan: „Das kommt von der Schwangerschaft".

(Wer ich?) Dr. Lange.

(Wo hier?) Mathildenstraße 19.

(Seit wann?) Schon immer.

(Monat?) Februar.

(Jahr?) 1919.

(Wochentag?) 12., Sonnabend.

(Nachmittags?) +.

(Krank?) Ja, und wie!

(Was fehlt Ihnen?) Ich bin schwanger.

(Seit wann?) 4 Monate.

(Von wem?) Vom ... Professor.

(Name?) Leisner.

(Was für ein Professor?) Ich weiß nicht.

(Wo waren Sie vorher?) Lockstedter Lager.

(Frauenklinik?) Nein.

(Umschlag?) Nein, ich sollte. Es ist verkehrt gegangen.

(Was genommen?) Ich kenne das Zeug nicht. Tee war's.
(?) Lorbeertee.
(Von wem?) Dr. Leisner.
(Was eingeführt?) Nein.
(?) Stift.
(Wann?) Vorige Woche, erste Tage.
(Von wem?) Dr. Leisner.
(Wie weiter gegangen?) Es ging schlecht.
(?) Wurde schwindlig.
(Wohin dann?) Ich sollte zum Niemannsweg.
(Warum nicht?) Weil es so schmerzen tut.
(Nicht mehr schwanger?) Oh, wie schön, oh, wie gut!
(Monat?) Januar.
(Wann letzte Menses?) Überhaupt nicht.
(?) Vorige Woche.
(Angezeigt?) Ich weiß nicht.
(Eingesperrt?) Oh, Else, Else, nimm dich in acht!
(Schlüssel?) Kenne ich nicht.
(?) +.
(Uhr?) +.
(Bleistift?) Wecker . . . Uhr.
(Zentimetermaß?) Ich muß erst mal sehen. (Pat. jammert.) Bouillon.
(2 mal 2?) + (2 mal 2?) = 10.
(3 mal 7?) Weiß ich nicht. (2 mal 9?) +.
(3 mal 5?) Weiß ich nicht. (9 mal 2?) +.
(3 mal 2?) Weiß ich nicht. (9 mal 2?) +.
(?) +.
(Wieviel Finger?) + (Nasen?) 2.
(An jeder Hand?) + (Füße?) 2.
(Augen?) 4.

Während der Exploration fällt auf, daß sie zeitweise den paretischen linken Arm spontan bewegt. Sie ruft öfters nach Else, verzieht oft das Gesicht, klagt über Schmerzen. Pat. gibt weiter an, sie sei früher stets gesund gewesen, bis 1910, von da an alle Augenblicke krank.

(Was?) Die letzte Zeit Lungenentzündung.

(Krämpfe?) Am 13.

(Schule gut gelernt?) Ja.

(Aus der 1. Klasse konfirmiert?) Ja.

(Schlecht gelernt!) Habe ich auch.

(Aus der 4. Klasse konfirmiert?) Ja, glaube ich, weiß ich nicht.

Sonne! — Mond!
Grün — blau.
Essen — Trinken.
Hunger — tut weh.
Bräutigam — Mann.
Fisch — eß' ich nicht.
Periode — kenn' ich nicht.
Unwohlsein — Ist Krankheit.
Blutung — Leiden.

Abtreiben — bloß nicht abtreiben, hab ich einmal durchgemacht, bloß nicht zum zweiten.

Messer — Schneide

Frauenklinik — da will ich nicht hin.

Dr. Behm — Kenn' ich nicht.

Schröder — Ach, Doktor, von dem Weibsstück will ich nichts hören, die hat mir den Tee eingegeben. (Lerchenstraße.)

(Stift sah wie aus?) Weiß.

(Wie lang?) $^1/_2$ cm.

(Wohin jetzt?) Nach Haus.

(Wo jetzt?) Ich will zu Haus.

(?) Weiß es nicht.

(?) In der Nervenklinik nicht.

8. 9. Pat. war in der Nacht sehr unruhig, schrie laut und gellend, schlug sich die rechte Hand am Bettgestell wund. Bekam 2 Mo. und 2 Dub., danach geschlafen. Morgens wird Dekubitus in der Steißbeingegend festgestellt. Wasserkissen.

Pat. verlangt dauernd nach Wasser. Hat bis jetzt keinen Urin gelassen. Muß abends katheterisiert werden.

Wird abends wieder sehr laut, bekommt wieder eine Injektion.

9. 9. Gegen Morgen ist Pat. ruhiger; hat Urin unter sich gelassen. Temperatur 38,8.

(Wo hier?) Im Mutterhaus.

(Wie lange?) Im 3. Monat.

Der linke Arm passiv erhoben, sinkt langsam auf die Bettdecke zurück, keine Spasmen.

Reflex der oberen Extremitäten beiderseits gleich.

Links: Babinski deutlich. Oppenheim negativ.

Rechts: alle Zehen dorsal.

Pat. jammert vor sich hin, verlangt zu trinken.

Abdomen weich.

Urin: Albumen +, Sacharum —.

Nachmittags: Bestimmt kein Babinski.

Pat. hatte Besuch, erkannte denselben, weinte viel und unterhielt sich nicht.

11. 9. Immer noch starker Dekubitus. Morgens kein Fieber; kommt ins Dauerbad, jammert und schreit viel.

Nachmittags: Temperatur 39; subjektiv besseres Befinden; verlangt nach der Mutter.

Gesichtsfarbe sehr blaß; Pat. klagt immer noch über Schmerzen im Rücken. Die Nahrungsaufnahme ist gut. Sie verlangt viel zu trinken.

13. 9. Gynäkologische Untersuchung (Dr. Behm): Große gonorrhoische Kondylome. Beiderseits Verdickung des Parametriums; links schmerzempfindlich. Die Untersuchung ist sehr schwierig, da Pat. stark spannt. Psychisch ist sie im ganzen unverändert; immer noch Desorientiertheit; glaubt im Mutterhaus zu sein; hält den Arzt für Dr. Leisner, glaubt schon 3 Wochen hier zu sein; jammert und stöhnt viel.

Keine Temperatur mehr. Dauerbad, täglich 2 mal warme Einläufe.

Vormittags hatte Pat. Besuch; unterhielt sich mit ihm nicht.

18. 9. Pat. hat noch jede Nacht Injektionen bekommen müssen; jammert viel, nennt die Schwester mit dem Namen ihrer Schwester; wirft sich viel im Bett herum. Die Temperatur ist abgefallen. Am Hinterkopf borkig-belegte, sezernierende Wunde infolge einer Verletzung im Dauerbad. Muß heute inzidiert werden, Verband mit essigsaurer Tonerde.

19. 9. Erste Nacht ohne Spritze geschlafen.

Weiß auf Befragen, daß sie sich in der Nervenklinik befindet. Psychisch ist sie etwas freier, zugänglicher; macht einen etwas weniger jämmerlichen Eindruck. Sie erinnert sich auch, in der Frauenklinik gewesen zu sein.

20. 9. Pat. ist klar; nennt Ärzte und Personal richtig mit Namen; sie weiß, wie lange sie in der Klinik ist. Spricht zeitweise vernünftig mit anderen Patienten. Hat immer noch eine etwas weinerliche Stimmung; zeitweise jammert sie; auf energisches Zureden jedoch beruhigt sie sich bald. Dekubitus sehr gut in Heilung begriffen, ebenso Kopfverletzung.

21. 9. Pat. hatte Besuch, unterhielt sich mit ihm. Schrie zeitweise laut und jammerte. Schlief gut

22. 9. Gegen ärztlichen Rat wird sie von den Angehörigen abgeholt.

Fall IV.

Frau Anna V., 45 Jahre alt.

Anamnese vom Manne angegeben am 14. 5. 1915:

Pat. war früher gesund. Vor 24 Jahren hatte sie zum ersten, vor 19 zum zweiten Male geheiratet, hat 6 gesunde Kinder, einen Umschlag vor 4 Jahren gehabt.

Seit ca. 4 Wochen große Unregelmäßigkeit bezüglich der Menses. Daher begab sie sich am 3. 5. in die Behandlung von Dr. W., Holtenau. Dieser sollte ihr zunächst Tropfen verschrieben haben, vor 6 Tagen operiert haben.

Der betreffende Arzt schreibt Folgendes: Frau Anna V. litt seit längerer Zeit an stärkeren Blutungen. Am 7. 8. ist der Uterus von mir ausgetastet; Abortreste sind entfernt, anschließend wurde kurettiert. Am 10. 5. abends wurde ich wieder gerufen, die Frau hatte hohes Fieber. Am 11. 5. untersuchte ich vaginal und hatte keinen lokalen Befund. Am 12. 5. morgens war sie physisch verändert; sie hatte vollkommen starre Gesichtsmuskulatur und antwortete nicht auf Fragen. Sie bekam 0,015 Morph. Danach schlief sie den Nachmittag über und auch die ganze Nacht hindurch. Heute morgen, am 13. 5., war sie vollkommen klar, hatte an ihren gestrigen Zustand keine Erinnerung. Gegen Mittag veränderte sich ihre Psyche wieder; sie antwortete nicht und sprach nicht mehr. Gegen

Abend fing sie an zu schreien und unablässig zu reden. Seit 9 Uhr singt sie anstatt dessen immer. Der Puls war bisher 92—96—108; die Temperatur 40,0— 40,5. Die Milz ist geschwollen. Die Nahrungsaufnahme war gut. Therapeutisch hat sie bisher Digitalis (1,0 bis jetzt) mit Portwein bekommen. Heute davon 2 kleine Weingläser, außerdem 2 Gläschen Eierkognak.

Der Mann gibt noch weiter an: Am 11. 5., wo sie klar war, ließ sie ihren Kindern telegraphieren, um sie noch einmal zu sehen, denn sie glaubte, sie würde nicht wieder aufwachen, falls sie einschliefe. Am 2. 5. fing sie an zu singen, zu schreien, sprach immer von 3 Lichtern, von denen sie eins ausblasen, dann eins fortnehmen wollte usw. Sie bekam eine Morphiuminjektion und wurde in die Klinik gebracht.

Status:

13. 4. Pat. befindet sich in einem delirentverworrenen Zustand, singt ziemlich laut unsinnige Melodien, fixiert schlecht, beantwortet keine Fragen. Der Puls ist ziemlich schwach und unregelmäßig, so daß Morph.-Dub.-Injektion nicht gegeben wird. Pat. schläft fast gar nicht.

14. 5. Pat. singt leise ohne Text vor sich hin, reiht in monotoner Weise Töne fast melodienlos aneinander; sie fixiert wohl mit den Augen, wenn man zu ihr tritt oder sie anspricht, beantwortet aber keine Frage, befolgt keine Aufforderung, läßt sich durch die Vorgänge in der Umgebung nicht beeinflussen. Mitunter lächelt sie. Ihr Singen geht allmählich in die etwas verstümmelte Melodie eines bekannten Liedes (Flaggenlied) über in endloser Wiederholung.

Somatischer Status:

Temperatur 39,8.

Elendes Aussehen, Gesichtsfarbe gelbbräunlich, reduzierter Ernährungszustand, Knochenbau mittel.

Zittern der Lippen, Hände und Finger; kein Schüttelzittern, kein Zähneklappern.

Schädel nicht druckempfindlich.

Pupillen rechts größer als links, beide rund und mittelweit.

Reflex auf Licht beiderseits vorhanden.

Reflex auf Konvergenz?

Augenbewegungen frei.

Injektion der Konjunktiven; rechts leichte subkonjunktivale Blutungen.

Gesicht symmetrisch innerviert.

Zunge im Munde gerade, ruhig, dick belegt.

Gebiß fehlt oben; künstliches Gebiß ist herausgenommen.

Racheninspektion nicht möglich.

Die oberen Extremitäten werden nach passiver Erhebung lebhaft herabgelassen, dann langsam wieder erhoben.

Reflexe der oberen Extremitäten vorhanden.

Mechanische Muskelerregbarkeit lebhaft.

Vasomotorisches Nachröten o. B.

Bauchdecken schlaff; Reflexe fehlen. Milz nicht palpabel

Untere Extremitäten:

An der linken Hacke unter der Haut eine anscheinend mit blutiger Flüssigkeit gefüllte Blase; Abszedierungen nirgends sichtbar.

Kniephänomene vorhanden.

Die passiv erhobenen Beine werden langsam wieder herabgelassen.

Achilles vorhanden.

Zehen plantar.

Puls 150, klein, sehr weich, regelmäßig.

Herztöne rein.

Über den Pulmones kein sicherer Befund.

Über dem Abdomen fleckige Rötung, die auf Fingerdruck verschwindet; Exantheme sind auf der Haut nicht erkennbar.

Urin: Albumen ++, Sacharum —.

15. 5. Im Laufe des gestrigen Tages steigt das Fieber bis auf 41 an. Das Bewußtsein ist stark getrübt, die Aufmerksamkeit erheblich herabgesetzt. Das Singen wird immer leiser und konfuser. Der Puls ist oft sehr mangelhaft, stark beschleunigt, klein und unregelmäßig. Heute vormittag wird zuerst Nackensteifigkeit, fibrilläre Zuckungen der Fazialismuskulatur bemerkt. Die Temperatur steigt im Laufe des Tages auf 41,6. Nach kalten Abreibungen und Wasser-

kissen sinkt sie zwar, aber der Puls bessert sich nicht, obwohl mehrfach Kampherinjektionen gegeben werden. Das Bewußtsein wird immer stärker gestört.

Um 4 Uhr tritt der Exitus ein.

Epikrise Fall I.

Eine 33 jährige, verheiratete Patientin gerät einen Tag nach einem Abort, der mit starkem Blutverlust verbunden war, und nachdem sie mit ihrer Mutter Ärger gehabt hatte, in einen akuten Erregungszustand. Derartige Anfälle will sie schon früher angeblich seit einem Vergewaltigungsakt gehabt haben. Heredität bis auf einen entfernteren Fall o. B. Durch Ruhe geht der Zustand zur Norm zurück und die Pat. wird nach ca. 1 Woche als geheilt entlassen.

Fall II.

Eine 23 jährige, verheiratete Pat., die sich im 2. Schwangerschaftsmonat befindet, nachdem sie vor 4 Monaten geboren hatte, wollte mit Glyzerin abtreiben, da sie sich von dem ersten Partus her noch sehr schwach fühlte. Sofort darauf begann sie zu schreien und wimmern. Sie beruhigte sich wieder, fing jedoch bald wieder an, wenn man sie irgendwie störte. Schon als junges Mädchen bekam sie nach Aufregungen kleinere Anfälle, die jedoch während ihrer Ehe seltener geworden waren. In ca. 2 Wochen wurde sie als vom Anfall genesen entlassen.

Fall III.

Eine 21 jährige, ledige Pat., die mit Chromessenz abtreiben wollte, bekam danach Anfälle; habe sich hin- und hergeworfen. In der Jugend war sie leicht aufgeregt, die Stimmung war wechselnd, die geistigen Eigenschaften minderwertig. Heredität o. B. Die Unruhe und die Desorientiertheit bestehen ca. 2 Wochen, im Anfange Babinski ++, die linken Extremitäten paretisch. Nach etwa 2 $^1/_2$ Wochen ist Pat. wieder völlig ruhig und orientiert. Sie wird gegen ärztlichen Rat nach etwa 3 Wochen von den Angehörigen abgeholt.

Fall IV.

Eine 45jährige Pat., die früher stets gesund gewesen war. Seit ca. 2 Wochen litt sie an starken Blutungen; vom Arzte wurden Abortreste entfernt und sie wurde kurettiert. 2 Tage darauf bekam sie hohes Fieber, begann zu schreien und unablässig zu reden. 5 Tage vor ihrem Tode war die Pat. noch orientiert; sie verfiel darnach jedoch in einen delirent-verworrenen Zustand, in dem sie bis zu ihrem Ableben verblieb.

Zum Schlusse der Arbeit ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Geheimrat Professor Dr. Siemerling für die Überlassung der Fälle und die liebenswürdige Förderung bei der Arbeit meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Literaturverzeichnis.

Frommer, Beitrag zu den Graviditäts- und Puerperalpsychosen. 1912.

Blumenthal, Beitrag zur Lehre vom puerperalen Irresein. 1903.

Cremer, Zur Klinik der Puerperalpsychosen. 1914.

Hermes, Über die im Jahre 1907 in der psychiatrischen und Nervenklinik in Kiel behandelten Puerperalpsychosen. 1908.

Warburg, Über die im Jahre 1909 in der psychiatrischen und Nervenklinik in Kiel beobachteten Fälle von Generationspsychosen. 1915.

Runge, Die Generationspsychosen des Weibes. 1911.

Siemerling, Nervöse und psychische Störungen während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. 1911.

Lebenslauf.

Ich, Czeslaus Szlapka, kathol. Konfession, wurde am 14. Juli 1888 als Sohn des dort noch wohnhaften Postsekretärs Franz Szlapka geboren. Ostern 1909 erhielt ich vom Königl. Mariengymnasium zu Posen das Zeugnis der Reife. Ich widmete mich ein Semester in Greifswald dem juristischen Studium, weiter 2 Semester in Berlin und Würzburg dem Studium der Naturwissenschaften. 1910/11 genügte ich der militärischen Dienstpflicht. Darauf widmete ich mich an den Universitäten zu Greifswald und Rostock dem medizinischen Studium und bestand im Mai 1913 das Tentamen physicum und im September 1916 das medizinische Staatsexamen, nachdem ich aus dem Felde zu diesem Zwecke beurlaubt worden war.